

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 21 Mars 1893, à 1 heure

PAR

Emile DUPONT

Ancien Interné de l'Hôpital saint-Joseph.
Né le 18 avril 1868, au Plessis-Barbuisé (Aube).

DE LA SUTURE

DES

PAROIS DE L'ABDOMEN

APRÈS LES LAPAROTOMIES

Président : M. DUPLAY, professeur.

Juges { MM.
TARNIER, professeur.
MAYGRIER, DELBET, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 21 Mars 1893, à 1 heure

PAR

Emile DUPONT

Ancien Interne de l'Hôpital Saint-Joseph.
Né le 18 avril 1868, au Plessis-Barbuis (Aube).

DE LA SUTURE

DES

PAROIS DE L'ABDOMEN

APRÈS LES LAPAROTOMIES

Président : M. DUPLAY, professeur.

Juges { MM.
TARNIER, professeur.
MAYGRIER, DELBET, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHEL.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	N.
Thérapeutique et matière médicale	REGNAULD.
Hygiène	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
Clinique médicale	{ G. SÉE.
	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	{ TILLAUX.
Clinique chirurgicale	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	ROGER.
ANDRÉ	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	SCHWARTZ.
BALLET.	GAUCHER.	MENÉTRIER.	SÉBILLEAU.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	TUFFIER.
BRISSAUD.	GLEY.	NETTER.	VARNIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomiques	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	QUENU.	
CHAUFFARD.	LETULLE.	RETTERER.	
DEJERINE.	MARFAN.	RICARD.	

Le secrétaire de la Faculté : Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR SIMON DUPLAY,
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :
MM. AUDHOUI, FERRAND, VIDAL, RENDU,
BROCQ & LEGROUX
Médecins des Hôpitaux de Paris.

MM. PAUL TILLAUX & LE DENTU
Professeurs de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris.

M. TARNIER
Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Paris.

M. BUDIN
Accoucheur à la Charité.

A MES MAÎTRES DE L'HÔPITAL SAINT-JOSEPH
MM. LE BEC, TISON & LEROUX

PRÉFACE

Ce travail, marquant le terme de nos études à la Faculté de médecine de Paris, doit être pour nous l'occasion saisie avec empressement de remercier toutes les personnes qui nous ont montré leur bienveillance, prodigué leurs conseils et leurs leçons pour nous diriger dans l'étude si difficile de l'art médical.

Nos remerciements doivent s'adresser tout d'abord à M. le docteur Ernest Delbet, pour les encouragements et l'appui qu'il n'a cessé de nous apporter depuis le jour où, dans le choix d'une profession, nous nous sommes décidé pour la médecine. Puis à son fils, M. Pierre Delbet, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. Pendant les deux années que nous avons passé dans son pavillon à l'Ecole pratique et pendant tout le cours de nos études, M. Pierre Delbet nous a constamment témoigné sa bienveillance et prodigué ses encouragements. Il a mis le comble à sa bienveillance en nous indiquant le sujet de cette thèse et en nous permettant d'y publier les expériences intéressantes qu'il a faites sur ce sujet et la relation des laparotomies qu'il a pratiquées pendant les vacances de l'année 1892 à la Charité, comme suppléant du professeur Duplay.

Si l'on trouve quelque intérêt à la lecture de cette thèse,

c'est à M. Pierre Delbet qu'il faut en rapporter l'honneur, et nous nous excusons de n'avoir pu, pressé par les circonstances, faire un travail moins indigne de son approbation.

Nous devons aussi l'expression de notre gratitude à nos maîtres de la Faculté de Paris, surtout à ceux qui, dans les hôpitaux, nous ont initié aux difficultés de la clinique médicale et chirurgicale.

Nous devons enfin un témoignage tout particulier de reconnaissance à nos maîtres de l'hôpital Saint-Joseph. M. Le Bec, pendant l'année d'internat que nous avons eu le bonheur de passer dans son service, n'a cessé de nous prodiguer ses précieux conseils.

Nous devons beaucoup aussi à M. Tison, surtout au point de vue thérapeutique, et enfin à M. Leroux, dans le service duquel nous avons terminé notre internat à Saint-Joseph, et qui nous a enseigné à apporter plus de rigueur dans l'observation et plus de précision dans le diagnostic.

Que M. le professeur Duplay veuille bien nous permettre de lui offrir tous nos remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION

Notre intention dans ce travail est d'étudier et de comparer les divers modes de suture employés par les chirurgiens d'aujourd'hui pour fermer la plaie abdominale après les laparotomies. Ce dernier temps, des grandes opérations sur l'abdomen, si fréquentes actuellement, présente une importance considérable et mérite une étude spéciale en raison du but qu'on se propose : obtenir rapidement une occlusion parfaite et durable de l'abdomen.

Nous bornerons notre étude à la suture abdominale type, celle que l'on pratique par exemple après l'extirpation totale d'un kyste de l'ovaire ou bien après l'ablation de trompes enflammées. Il eut été très intéressant d'envisager séparément la suture après chacune des opérations qui nécessitent l'ouverture du ventre : après l'hystérectomie avec pédicule extra péritonéal, après l'extirpation incomplète d'un kyste du foie, après les cures radicales de hernies, etc., etc. Mais un tel plan nous eût entraîné trop loin ; le dernier point en particulier : suture après les cures radicales de hernie, mérite à lui seul une étude spéciale. Nous dirons seulement un mot de la cure radicale de hernie ombilicale, avec omphalectomie, car on se trouve alors ramené aux conditions d'une laparotomie médiane ordinaire.

Notre sujet ainsi limité, nous l'aborderons par l'étude du matériel de suture. Après quelques mots sur les fils : catgut, soie, crin de Florence et fil d'argent, nous nous occuperons des aiguilles qui servent à les passer.

Nous étudierons ensuite la technique des différentes suture et nous les comparerons entre elles. Pour cette comparaison, nous nous appuyerons sur l'expérimentation et sur la clinique. Les expériences et les observations inédites de M. Pierre Delbet nous permettront de réfuter les objections faites à la suture en masse. Enfin, par l'analyse des observations d'éventration que nous avons pu recueillir, nous nous efforcerons de dégager les causes de ce fâcheux accident et de mettre en lumière celles qui tiennent à l'imperfection de la suture.

Nous espérons ainsi parvenir à montrer comment l'on peut actuellement obtenir une bonne suture de l'abdomen.

CHAPITRE I

MATÉRIEL DE SUTURE.

Les substances employées à l'heure actuelle pour pratiquer les sutures se réduisent à quatre.

L'une est d'origine minérale : le fil d'argent ; les trois autres d'origine animale : la soie, le crin de Florence, enfin le catgut.

Nous ne ferons que mentionner le tendon de Kanguròo qui, d'après M. Terrier, fournirait le fil à suture idéal ; la rareté de cette substance est un obstacle à ce qu'elle soit d'usage courant.

Le catgut préconisé par Lister n'est autre chose que de la vulgaire corde à boyau, soigneusement désinfectée.

La propriété caractéristique du catgut, c'est d'être absorbable ; avantage précieux pour les sutures perdues. Pour les sutures superficielles on lui reproche sa grande porosité qui le fait gonfler considérablement. Il en résulte un élargissement du trou de suture et ultérieurement, une cicatrice plus grande, pour chaque point de suture.

L'origine du catgut le rend assez difficile à bien désinfecter. M. Pozzi qui emploie beaucoup le catgut, le fait d'abord dégraisser, puis passer à l'étuve, enfin macérer dans l'huile

de génévrier. M. Lucas-Championnière déclare qu'il suffit de mettre le catgut dans l'huile phéniquée (1) pour le rendre parfaitement aseptique.

Thompson vante le catgut chromique, comme résistant longtemps à l'absorption.

Sous l'influence de Lister, presque tous les chirurgiens s'étaient mis à employer le catgut mais bientôt une réaction se produisit en présence de petits accidents d'infection locale que l'on vit se développer assez souvent au niveau des points de suture. Kocher alla même jusqu'à publier une brochure ayant pour titre : *A bas le catgut*. A cette occasion une discussion s'engagea parmi les membres de la Société de chirurgie (2). MM. Pozzi et Lucas-Championnière, déclarèrent que les petits abcès mis sur le compte du catgut devaient être rapportés à la septicité.

On put voir au cours de cette discussion que beaucoup de chirurgiens avaient restreint dans de grandes proportions l'emploi du catgut. MM. Quenu et Bouilly vantèrent la soie comme moyen unique de suture.

La soie donne en effet un fil à suture très solide. Plus facile à désinfecter que le catgut, il suffit de la faire bouillir pendant une demi-heure dans une solution d'acide phénique à 5 0/0 ou de sublimé au millième.

(1) C'est le procédé de Lister. Faire macérer au moins six mois le catgut dans l'émulsion suivante :

Huile d'olive	100 grammes.
Acide pluriqne cristallisée	20 »
Eau	2 »

(2) Société de chirurgie, 18 janvier 1888.

M. Lucas-Championnière la fait simplement baigner dans une solution de sublimé au centième.

Une fois qu'elle est désinfectée on la conserve à l'abri de l'air de préférence dans une solution de sublimé au millième.

La soie se rapproche du catgut par sa porosité, elle s'en éloigne en ce qu'elle n'est pas absorbable. Cependant on peut l'employer dans les sutures perdues, car parfaitement aseptique elle s'enkyste et elle est très bien supportée par les tissus.

On a observé des faits d'élimination de fils de soie parfaitement tolérés pendant plusieurs mois, puis rejetés de l'organisme après ce laps de temps. Pour expliquer ces faits curieux on a dit que la soie, même aseptique, fournissait un excellent terrain de culture aux microbes qui viendraient s'y fixer, après son introduction dans les tissus. D'autres auteurs ont nié cette infection secondaire ; ils expliquent ces faits par une asepsie insuffisante de la soie où des mains qui l'ont touchée.

Le crin de Florence et le fil d'argent échappent l'un et l'autre à ce reproche. Par leur structure compacte (1), sans lacunes ni aréoles, par leur surface absolument lisse, ils sont à l'abri de l'imprégnation des liquides septiques, à l'abri surtout de l'incrustation par les microbes pathogènes ou par leurs spores.

Le crin de Florence ne s'effiloche pas comme le fil de soie, mais il se fissure, se crevasse et se fend au niveau de ces fissures, de ces crevasses, surtout lorsqu'on veut lui

(1) Guermomprez. Journal des sciences médicales de Lille, avril 1891.

donner une courbure de trop court rayon. Il est donc impropre aux ligatures, mais ce reproche ne nous touche pas, puisque nous ne nous occupons que des sutures.

Le fil d'argent, facile à désinfecter, met aussi à l'abri de toute infection secondaire. Il convient donc aux sutures qui doivent être laissées longtemps en place, de même que sa solidité le rend précieux pour les sutures en masse auxquelles il donne une résistance absolue contre les efforts de vomissements chloroformiques.

On a vu parfois, après une suture au crin de Florence, sous l'influence de ces efforts ou bien d'une toux opiniâtre et intense, la suture céder et laisser passer l'intestin.

Le fil d'argent donne une sécurité plus grande au point de vue de la solidité.

En revanche il ne convient pas pour les sutures superficielles dans lesquelles il éraille et déchire facilement la plaie. On lui fait aussi le reproche d'être difficile à placer et à tordre, et de nécessiter une instrumentation spéciale.

Il est vrai qu'on ne peut s'en servir avec les aiguilles ordinaires sous peine de blesser les tissus, en faisant passer ce fil plié en double à travers la plaie. L'aiguille tubulée permet de le faire passer très rapidement et très simplement. Les différents instruments pour tordre le fil, sont inutiles. A fortiori, le système compliqué de Bozeman avec fils et lame de plomb.

En résumé, le fil d'argent par sa solidité, par la facilité de sa désinfection, par sa résistance absolue à l'infection secondaire, constitue un agent très précieux pour les sutures à un seul plan.

Le crin de Florence possède à peu près les mêmes qua-

lités que le fil d'argent. Il a l'avantage de pouvoir être placé avec les aiguilles ordinaires. Peut-être sa solidité est-elle un peu moindre.

Le catgut, par la facilité avec laquelle il est absorbé, rend de très grands services dans les sutures perdues.

Enfin la soie, très flexible et très solide, peut être employée dans toutes les variétés de suture profonde et superficielle.

Le point capital c'est de n'avoir recours qu'à des fils bien désinfectés.

CHAPITRE II

DES AIGUILLES A SUTURES

Les aiguilles avec lesquelles on passe les différents fils que nous venons d'étudier, peuvent être rangées en deux groupes selon qu'elles sont fixes sur leur manche ou qu'elles peuvent être adaptées à un porte-aiguilles.

Les aiguilles non montées présentent certains avantages. On peut en avoir une série, par conséquent, choisir toujours une aiguille de courbure convenable. En outre, elles ne traversent la plaie qu'une fois et si l'on fait la suture à points séparés, on peut en avoir un certain nombre préparées d'avance.

Ces deux conditions permettent de gagner quelques instants ; avantage minime, mais cependant appréciable : les laparotomies étant souvent longues, il y a intérêt à laisser les malades le moins longtemps possible sous le chloroforme.

Les aiguilles non montées présentent différentes formes. Les aiguilles rondes blessent moins les tissus, mais se fixent moins bien dans le porte-aiguilles ; elles conviennent donc aux tissus peu résistants.

Les aiguilles à base quadrangulaire sont très bien fixées dans le porte-aiguilles, mais blessent davantage les tissus comme celles dont la pointe est en fer de lance. Ces dernières traversent mieux les tissus résistants.

En somme, la meilleure aiguille mobile nous paraît être de Hagedorn, courbée selon les bords et non plus selon les faces dont la force de pénétration est augmentée grâce au biseau qui forme la pointe.

Ces instruments sont montés dans différents porte-aiguilles. Ce sont des pinces de formes diverses dont les mors présentent des sillons de direction variée ou de petites saillies semblables à de petites dents, ou enfin un alliage mou. Ces diverses dispositions ont pour but de fixer l'aiguille le plus solidement possible.

On emploie surtout en France les modèles de Collin et de Pozzi, en Allemagne, ceux de Hegar et Hagedorn.

Les aiguilles montées ont une forme et une direction fixes, tandis qu'avec les meilleurs porte-aiguilles l'union entre le manche et l'aiguille n'est jamais assez intime pour qu'elle ne puisse quelquefois laisser se produire une certaine mobilité pendant l'opération.

Elles ont un inconvénient, c'est qu'on ne peut toujours choisir une aiguille ayant la courbure convenable, mais l'opérateur ayant l'habitude de se servir d'un instrument arrive facilement à en obtenir tout ce qu'il veut.

Les aiguilles non montées sont généralement perforées à leur base; celles-ci le sont toujours à leur pointe. Pour les fils d'argent, il est sinon indispensable, du moins très utile d'employer une aiguille tubulée.

Pour les autres fils, l'aiguille la plus couramment employée

est celle de Reverdin qui présente une branche mobile permettant d'ouvrir et de fermer à volonté le chas. On peut ainsi placer le fil plus rapidement que dans les aiguilles où il faut l'enfiler à chaque point. L'inconvénient de ce système consiste en ce que la branche mobile arrive vite à ne plus jouer exactement et à former une sorte de hameçon qui blesse les tissus lorsqu'on retire l'aiguille chargée de son fil. On a enfin reproché aux aiguilles à branche mobile, ainsi qu'aux aiguilles creuses, d'être difficiles à désinfecter. Mais la chaleur permet d'arriver à une asepsie absolue.

CHAPITRE III.

TECHNIQUE DES SUTURES.

On ne pratique plus guère aujourd'hui que deux espèces de sutures : continue et à point séparés. Nous devons cependant dire quelques mots sur la suture enchevillée parfois encore employée.

Sans faire un historique complet, nous croyons qu'il sera utile de jeter un coup d'œil rapide sur les procédés autrefois employés.

Avant que les affections abdominales fussent entrées dans le domaine de la chirurgie, on avait rarement l'occasion de pratiquer des sutures sur les parois de l'abdomen, sauf dans les cas de plaie pénétrante de cette région. Dans ces circonstances on se bornait généralement alors à faire une suture quelconque, parfois même on négligeait complètement de suturer. (Voir observations XVI, XXIV et XXXIII.)

Les premiers chirurgiens qui eurent l'heureuse audace d'entreprendre l'ovariotomie furent aussi les premiers à se demander quelles précautions spéciales il fallait prendre pour refermer le ventre. Ils furent d'avis différents. La première question qui les divisa fut celle de la suture du péritoine.

Les uns, Koeberlé, Elshausen, regardaient la suture du péritoine comme inutile et dangereuse. Ils craignaient de voir le sang et le pus pénétrer dans la cavité péritonéale si l'on piquait le péritoine. Clay, allait même jusqu'à prétendre que ce procédé augmentait la mortalité.

D'autres, en particulier Spencer Wells (1) avaient mieux compris l'utilité et l'importance qu'il y avait à saisir dans la suture le feuillet séreux.

L'éminent ovariologiste anglais avait remarqué que les deux lèvres de la séreuse adhèrent rapidement et solidement entre elles. Il avait constaté dans l'autopsie d'une femme morte 24 heures après une ovariectomie, que les deux bords du péritoine étaient déjà assez fortement réunis pour opposer une barrière solide et efficace à la pénétration du pus dans l'abdomen.

Il attribuait aussi à ce procédé l'avantage d'empêcher les adhérences de l'épiploon ou de l'intestin à la paroi.

Voici sa manière de faire : Après avoir employé au début la suture avec des épingles, il se servait de la soie pour faire des sutures en masse. Il faisait préparer un certain nombre de fils de soie longs de 45 centimètres et armés à chaque bout d'une aiguille forte et étroite. « Puis chaque aiguille est introduite de dedans en dehors à travers le péritoine et toute l'épaisseur de la paroi abdominale, à environ 8 millimètres des bords sectionnés du péritoine et de la peau. On tient entre les doigts le péritoine et la peau, de sorte que la soie peut traverser les tissus sans perforer

(1) Spencer Wells. Des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus. Traduction française par Rodet.

les muscles droits. L'extrémité des fils est tenue par un aide qui tire dessus de façon à élever les lèvres de la plaie jusqu'à ce que toutes les sutures profondes aient été appliquées... Au risque d'être ennuyeux je répéterai qu'il est d'une importance primordiale pour le succès de l'opération de comprendre le péritoine dans les sutures ».

On voit donc que Spencer Wells ne se préoccupait pas du plan fibreux et qu'il craignait de traverser les fibres musculaires. Par son procédé il devait faire rétracter l'aponévrose qui vraisemblablement échappait souvent à la suture.

Koeberlé avait bien compris la nécessité de réunir les plans fibreux (1). Il pense qu'il vaut mieux laisser le péritoine s'affronter de lui-même au-dessus des points de suture.

Ce procédé offre, dit-il, plus de sécurité contre certains accidents inflammatoires. Il reproche au procédé Spencer Wells de ne servir à rien et d'avoir l'inconvénient d'interposer le péritoine entre les tissus fibreux dont la juxtaposition devient impossible et de disposer ainsi à la hernie ventrale.

Ce dernier reproche était fondé, car Spencer Wells prenait le péritoine trop loin : 8 millimètres de l'incision. Œs-hausen avait déjà été frappé de cet inconvénient et pour l'éviter il allait piquer la peau à 8 millimètres en dehors, passait l'aiguille obliquement de façon à ressortir au-dessus du péritoine au bord inférieur de l'incision.

Koeberlé, après avoir employé la suture profonde enchevillée, fit à partir de 1874 la suture à points séparés compre-

(1) Koeberlé. Article Ovariectomie du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.

nant seulement le plan fibreux. Pour la peau, il employait une suture spéciale : bandelettes maintenues par du colloidion, laissant passer les extrémités des fils profonds.

Il laissait ces derniers en place jusqu'à ce qu'ayant coupé les tissus ils viennent à tomber d'eux-mêmes. On comprend facilement les inconvénients de ce procédé, qui laissait des points en suppuration pendant douze ou quinze jours, surtout si l'on se souvient que les bords du péritoine n'étaient pas affrontés.

Un autre chirurgien de Strasbourg, Boeckel Jules (1), apporta un perfectionnement au procédé de Koeberlé. Il imagina de faire la suture profonde au catgut, ce qui lui permettait de fermer complètement la plaie.

Il opéra par ce procédé un énorme sarcocèle intra et rétro péritonéal, et fut si satisfait du résultat, qu'il opéra de la même façon cinq laparotomies pendant cette même année 1881.

La suture perdue à points séparés avait déjà été employée par Werth (2). La suture continue était presque complètement délaissée. Courty, constate en 1881 le discrédit dans lequel ce procédé était tombé. (Article Opération du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.) Il justifie cet abandon en s'appuyant sur ce qu'elle fronce les bords de la plaie et qu'elle ne peut être enlevée partiellement.

Dès 1882, Tillmanns, Bako et Hagedorn (3) la réhabi-

(1) Boeckel, Gazette hebdomadaire de Médecine et de chirurgie, août 1881.

(2) Centralblatt für Gynæk, 1879, n° 23.

(3) Centralblatt für Chirurgie, 1882, n°s 37 et 44.

litent en général. Appliquée d'abord aux périnéorrhaphies par Schroeder, Keller et Martin en Allemagne, par Doléris et Vulliet en France, elle doit surtout à M. Pozzi d'avoir été généralisée pour la suture à étages des parois de l'abdomen. C'est au Congrès français de chirurgie de 1888 que M. Pozzy présenta une note pour en vanter les bons effets. La plupart des gynécologues se mirent à la pratiquer et leur confiance fut justifiée par les faits. Cependant il est des chirurgiens comme les professeurs Duplay, Trélat qui n'abandonnèrent pas la suture à un seul plan. D'autres, comme notre cher maître, M. Le Bec, après avoir employé la suture à étages, revinrent à la suture à un seul plan. Actuellement ces deux méthodes se partagent les chirurgiens et nous allons les étudier en détail.

Demandons-nous d'abord qu'elles sont les conditions d'une bonne suture. Nous verrons ensuite les procédés qui permettent de réaliser ces conditions. Le but que se proposent les chirurgiens c'est l'obtention rapide d'une cicatrice, solide, et indolente. A la face ou bien au cou on essaye d'obtenir une cicatrice petite et dissimulée autant qu'il est possible. Au ventre, la cicatrice joue un rôle important. Il faut qu'elle résiste à la pression intra-abdominale. Pour cela elle doit être très solide, sinon elle se laisse distendre peu à peu et l'on se trouve en présence d'une éventration. Il faut donc que la réunion se fasse rapidement et parfaitement, rien n'étant aussi solide qu'une cicatrice par réunion immédiate. Pour qu'on y réussisse, l'hémostase doit être parfaite, car le sang éloigne les lèvres de la plaie et retarde leur coalescence ; il est surtout un excellent terrain de culture où pullulent les microbes qui

auront pu pénétrer dans la plaie au cours de l'opération.

Les surfaces sectionnées seront débarrassées par un lavage sérieux d'eau bouillie ou antiseptique des débris organiques qui les recouvrent, puis on pratiquera la juxtaposition exacte des lèvres de la plaie. Autant que possible, les tissus de même nature se correspondront et on accolera muscle contre muscle, peau contre peau, tissu cellulaire contre tissu cellulaire. Pour unir les bords de la plaie on peut, selon les circonstances, ou selon ses préférences, employer la suture à un seul plan où la suture à étages. Si l'on veut prendre en totalité les parois de l'abdomen, on peut employer la suture enchevillée ou celle à points séparés.

Si l'on veut unir séparément chacun de ces plans, on a le choix pour chacun d'eux entre la suture continue et la suture à points séparés. On peut encore employer dans ce dernier cas une méthode mixte : pratiquer par exemple la suture continue du ou des plans profonds et la suture à points séparés du plan superficiel.

Parlons d'abord de la suture enchevillée la moins usitée aujourd'hui. On fait passer entre les deux lèvres non pas un fil simple, mais un double fil de façon à ce qu'il y ait d'un côté de la plaie les deux chefs du fil, et de l'autre côté l'anse.

On place autant de fils qu'il est nécessaire, toujours de la même façon, de sorte que toutes les anses soient du même côté et tous les chefs également du même côté. Pour fixer la suture, on place un rouleau de gaze iodoformée dans l'anse et l'on serre, puis on fait le nœud non pas sur la peau, mais sur un second rouleau de gaze iodoformée, placé de l'autre côté de la plaie. De même pour les autres points.

Cette suture convient pour les cas où le péritoine a été dénudé sur une large surface, par exemple après l'extirpation de tumeurs adhérentes à la paroi. Elle permet un large adossement en surface du péritoine, exerce une compression efficace sur les surfaces cruentées, empêche l'hémorrhagie et le suintement séreux et supprime ainsi une cause puissante d'infection, mais on lui reproche d'interposer le péritoine entre les plans fibreux dont elle empêche la réunion.

Passons maintenant aux deux autres variétés,

Suture continue simple. Nous ne saurions mieux faire que de citer le procédé de M. Pozzi.

On commence par passer l'aiguille à travers un angle de la plaie et à nouer par trois nœuds superposés l'extrémité terminale de l'aiguillée du catgut dont on laisse pendre un bout assez court et sur ce bout on met une pince. On pique alors l'aiguille à un ou deux millimètres du bord de la plaie, puis on la fait cheminer sous toute la surface de celle-ci et ressortir en un point symétrique sur l'autre bord de la plaie; on tire le fil modérément et on confie à l'aide qui tenait déjà la pince le soin de le maintenir tendu pendant qu'on fait le second point de la suture continue; il faut qu'il ait soin de ne pas lâcher brusquement le fil quand ce second point doit être serré, mais qu'il le suive, le maintenant jusqu'au ras de la plaie, pour éviter que le point précédent ne se relâche. Il est bon, lorsqu'on arrive à moitié de la suture de faire opérer une légère traction sur l'angle opposé de la plaie avec une pince tire balle, de manière à assurer le parallélisme des bords.

Si toute la surface cruentée ne peut être chargée sur l'aiguille on fera la suture à étages.

Pour cela, dans le point où la plaie offre une largeur exagérée, au lieu de piquer avec l'aiguille en dehors de la plaie, on piquera en dedans de ces bords. Dès que l'on aura suffisamment diminué la largeur de la plaie on recommencera à piquer l'aiguille sur la peau (1).

La suture continue nous semble être le procédé de choix si l'on veut employer la méthode à étages.

Elle présente l'avantage d'être plus rapide que la suture à points séparés, et de mieux assurer la continuité de la plaie. On a dit que les lèvres se recroquevillaient, se fronçaient. Cela est vrai si l'on exerce sur le fil une traction exagérée. Avec une traction modérée nous n'avons jamais vu ce fait se produire dans aucune des laparatomies pour lesquelles nous avons servi d'aide à notre cher maître M. Le Bec.

La suture à étages est préconisée par MM. Lucas-Championnière, Pozzi, Terrier, Richelot. Ce dernier chirurgien déclarait à la Société de Chirurgie qu'après deux ans d'emploi de cette suture il n'avait pas vu un seul cas de cicatrice difforme, ni d'éventration, si petite qu'elle soit et cela non seulement après les salpingectomis, mais aussi après l'ablation d'énormes fibromes ou de gros kystes multiloculaires, après l'abandon de tout bandage.

La grande supériorité de ce procédé, affirment ses partisans, consiste dans ce qu'il assure parfaitement l'affrontement des différents plans, ce que la suture à un seul plan, assure beaucoup moins bien.

(1) Pozzi, Communication au congrès Français de chirurgie, 1888.

Nous allons voir si ce reproche est fondé.

Répondons d'abord à un autre argument purement théorique. Avec la suture en masse, vous êtes obligé, nous dit-on de faire repasser dans le péritoine, au 8^e ou 10^e jour un fil qui a pu s'infecter : de là un danger pour le péritoine. Il est facile de faire remarquer que d'abord le fil d'argent ou le crin de Florence ne doivent pas s'infecter lorsqu'ils sont recouverts par un pansement antiseptique. En second lieu ces fils ne repassent pas dans la cavité péritonéale, car il se fait immédiatement autour d'eux des adhérences qui les isolent et constituent autour de chacun d'eux une sorte de tunnel, dans lequel ils peuvent passer sans infecter le péritoine.

Voyons maintenant si l'autre reproche est plus sérieux.

CHAPITRE IV

EXPÉRIENCES DE M. PIERRE DELBET.

Pour élucider cette question par la méthode expérimentale, M. Delbet a fait à Clamart plusieurs expériences qu'il a eu l'obligeance de nous permettre de publier dans cette thèse.

Les expériences cadavériques ne permettent dans cet ordre d'idées qu'une seule constatation, celle de savoir si l'affrontement des différents plans, et en particulier du plan fibreux, est obtenu d'une façon suffisante par la suture à un seul plan; sans laisser d'espaces morts.

M. Delbet, après avoir fait la laparotomie sur un cadavre, pratiquait la suture soit au fil d'argent, soit au crin de Florence, puis le cadavre était congelé; la paroi antérieure de l'abdomen était enlevée, ensuite plongée dans l'alcool à 90°, de façon à permettre une série de coupes sur lesquelles on pouvait vérifier l'état de la suture.

Il était nécessaire de produire d'abord un durcissement de la paroi, car les coupes pratiquées sur une paroi molle, affaissée pouvaient déranger les différents plans et elles eussent été beaucoup moins probantes.

La congélation avait l'avantage de fixer les parties dans l'état où elles se trouvaient immédiatement après l'opération. Ce résultat pouvait être obtenu par la congélation du sujet tout entier. Il l'a été d'une façon beaucoup plus simple et parfaitement suffisante par le procédé suivant :

Au moyen de serviettes et de linges de toile, on a pu constituer une sorte de puits ayant pour fond la paroi abdominale. Ce puits était rempli du mélange réfrigérant (sel et glace). Après huit heures de contact, la paroi était congelée, la partie sous-jacente des intestins commençait elle-même à durcir. Il ne restait plus qu'à pratiquer les coupes de cette paroi. Mais sur les pièces congelées, les coupes ne peuvent être faites qu'à la scie, et les machures produites par cet instrument sont telles qu'il eût été impossible de distinguer les plans.

Au contraire, en plongeant dans l'alcool les coupes gelées, on obtient un durcissement *in situ*, et on peut faire au couteau des coupes très nettes sur lesquelles tous les tissus se reconnaissent avec la plus grande facilité.

Des deux points étudiés dans ces recherches, le premier était la présence ou l'absence d'espaces morts, si propices à la suppuration, par conséquent si fâcheux au point de vue de la réunion immédiate. Nous pouvons dire dès maintenant que dans aucune des expériences il n'y a jamais eu le moindre espace mort sur aucune des coupes, qu'elles fussent faites près des sutures ou au milieu des sutures.

Le second point, l'affrontement des différents plans, a donné lieu à des constatations intéressantes que nous allons exposer en détail.

Nous ferons remarquer d'abord que, dans ces expé-

riences, l'incision a porté comme il arrive également presque toujours sur le vivant, non pas sur la ligne blanche elle-même, mais un peu à droite ou un peu à gauche.

Il en résulte que la gaine d'un des muscles droits est ouverte, et que l'aponévrose a grande tendance à se rétracter. Dans les cas exceptionnels où l'aponévrose est ouverte sur la ligne blanche exactement, la rétraction aponévrotique est presque nulle et l'affrontement beaucoup plus facile.

Prenons maintenant chacune des expériences séparément.

Expérience n° I. — Paroi abdominale maigre. Incision sur la ligne blanche, puis suture au fil d'argent avec l'aiguille tubulée. L'aiguille est enfoncée dans la peau à environ 12 millimètres de l'incision, chemine obliquement à travers l'épaisseur de la paroi pour ressortir du péritoine à 3 à 4 millimètres de l'incision.

Si l'on embroche toute la paroi d'un seul coup, le plan fibreux rétracté n'est pas compris dans la suture, ou bien il est traversé sur un point qui ne permet pas l'affrontement ; celle-ci est donc défectueuse.

Il est nécessaire de prendre chacun des trois plans séparément. Cette suture doit donc être pratiquée ainsi : Tendre la peau avec la pince, puis piquer la peau, tendre l'aponévrose en l'attirant du côté opposé, souvent refouler le muscle dont la gaine a été incisée, car il a tendance à faire hernie, prendre à son tour l'aponévrose, enfin traverser le péritoine à quelques millimètres de la coupe pour éviter qu'il ne s'invagine entre les lèvres de la plaie.

La même manœuvre se fait de l'autre côté, mais en sens

inverse : péritoine, plan musculo-aponévrotique, enfin peau. L'aiguille est alors enfilée, on la retire. Saisissant les deux chefs du fil de manière à le tendre comme pour soulever la paroi, on rapproche les deux chefs l'un de l'autre, en exerçant une traction suffisante pour que la peau s'affronte complètement, et on tord le fil. Cette manœuvre est répétée autant de fois qu'il est nécessaire selon les dimensions de l'incision.

Il ne reste plus qu'à mettre, en cas de besoin, un ou plusieurs points de suture superficielle au crin de Florence.

Examen de la pièce après congélation, puis macération pendant 4 jours dans l'alcool à 90°.

La paroi mesure 11 millimètres d'épaisseur. Si on l'examine par la face inférieure on constate que le péritoine est parfaitement adossé sur toute la hauteur, aussi bien dans l'intervalle des points de suture qu'à leur niveau. L'affrontement est linéaire sans invagination du péritoine. La longueur de l'anse visible dans l'intérieur du ventre ne dépasse pas 4 millimètres.

Une série de coupes montre que les divers plans de chaque lèvre de la plaie sont partout en contact avec les plans correspondants de la lèvre opposée, et qu'ils s'adossent sur toute la longueur de la suture particulièrement le plan fibreux.

L'anse du fil d'argent forme un cercle presque parfait. Elle s'est moulée complètement sur la suture comme le crin de Florence dans l'expérience n° III.

Enfin, sur aucune de ces coupes on ne voit d'espace vide,

d'anfractuosité où auraient pu se faire de petits amas de sang ou de sérosité.

Expérience n° II. — Sur ce sujet, les parois abdominales sont plus épaisses ; elles mesurent 19 millimètres après quatre jours de séjour dans l'alcool.

M. Delbet a fait trois sutures profondes au fil d'argent et trois superficielles au crin de Florence.

Le péritoine, comme sur le sujet précédent, est parfaitement adossé dans toute la longueur de la suture.

Une première coupe est pratiquée entre le premier et le second fil et l'on constate que les plans fibreux sont distants de 6 millimètres.

L'incision a pénétré à gauche dans la gaine du grand droit, l'aponévrose a bien été prise dans la suture mais l'une des lèvres s'est récroquevillée et n'est pas venue au contact de l'autre.

Cependant l'étoffe existe en quantité suffisante et en dépliant le bord recroquevillé avec une pince on arrive facilement au contact de l'autre bord. On aurait facilement et certainement évité cet inconvénient en prenant la simple précaution de faire appuyer avec un instrument moussé quelconque au-dessous du nœud avant de serrer celui-ci. Cette précaution aurait eu pour résultat de déplisser l'aponévrose, de l'étaler et de l'amener au contact de celle du côté opposé.

Cette expérience prouve donc l'importance de la petite précaution indiquée ci-dessus et montre combien dans ces questions de technique il faut veiller avec soin aux détails les plus minutieux et les plus infimes d'apparence.

Toutes les coupes faites sur ce sujet montrent la même disposition. La distance des plans fibreux est un peu moins grande au niveau des points de suture mais ne descend jamais au-dessous de 4 millimètres.

Du reste, en aucun point de cette suture on ne trouve non plus le moindre espace mort. Les trois plans sont parfaitement réunis et accolés dans le sens antéro-postérieur.

Sur ce sujet l'anse du fil d'argent a conservé une forme particulière, celle d'un ovale irrégulier ou plutôt d'un arc de cercle, sous tendu par une corde, la corde étant la partie de la suture en contact avec la peau.

Expérience n° III. — Parois abdominales mesurant 10 millimètres après congélation et séjour dans l'alcool.

Sur ce sujet le péritoine est bien affronté dans toute la longueur de la suture.

Les coupes pratiquées tout près des points de suture montrent les plans fibreux au contact. Mais à mesure que l'on s'éloigne du point de suture, on s'aperçoit d'un petit intervalle entre les deux plans aponévrotiques, intervalle qui atteint son maximum 2 millimètres environ au milieu des deux sutures qui n'étaient pas assez rapprochées.

On peut considérer ce résultat comme suffisant. Si l'affrontement n'était pas parfait sur toute la hauteur, il était du moins assez bien effectué pour permettre la réunion par première intention, ce qui est le but poursuivi.

Cette suture avait été faite au crin de Florence et sur les coupes on a pu constater que le crin, comme le fil d'argent fin, présentait une forme tout à fait circulaire.

Il résulte donc de ces expériences que la suture en un seul plan de la paroi abdominale après les laparatomies, donne, si elle est bien faite, d'aussi bons résultats que la suture à trois étages. Les principales précautions à prendre sont de piquer avec l'aiguille chacun des trois plans séparément et, avant de serrer le nœud, rapprocher les deux lèvres de l'aponévrose par deux pinces maniées par un aide et faire appuyer sur la suture avec un instrument moussé quelconque.

Le fil d'argent permet d'obtenir dans ces conditions un affrontement exact et solide.

La suture à un seul plan peut se faire sans employer les instruments spéciaux qui ont été imaginés pour passer et tordre le fil métallique.

Une simple aiguille creuse constitue tout le matériel nécessaire.

La suture à un plan, aussi efficace que celle à trois étages, est donc plus simple et plus rapide.

CHAPITRE V.

DE LA SUTURE DES PAROIS DE L'ABDOMEN APRÈS LA CURE RADICALE DE LA HERNIE OMBILICALE

« Dans la hernie inguinale et crurale on a affaire à un anneau bien limité et le sac est séparé du péritoine par une grande épaisseur de tissus. Dans la hernie ombilicale, il n'y a rien de comparable. Le sac est absolument confondu avec la peau qui est elle-même très amincie. Entre l'anneau et les téguments, il n'y a rien. En outre l'anneau est souvent très large. Dans ces conditions le procédé s'impose. Le sac ouvert, on est dans les mêmes conditions que dans une laparotomie. »

Ces paroles prononcées par le professeur Duplay dans une de ses cliniques, montrent comment la cure radicale de la hernie ombilicale, rentre dans le cadre de ce travail.

En effet, une fois l'intestin rentré dans l'abdomen, une fois l'épiploon réduit ou réséqué s'il était adhérent, comme il arrive souvent, que reste-t-il à faire ?

Refermer le ventre le mieux et le plus vite possible, en prenant, comme après une laparotomie, toutes les précautions pour éviter une récurrence, une éventration. Aussi

comme pour les laparotomies, les procédés qui essaient de fixer le pédicule à l'orifice pour l'observer sont-ils absolument mauvais. Ils exposent à des troubles douloureux immédiats, facilitent la récurrence, et dans ce dernier cas les chances d'étranglement par brides épiploïdes deviennent très grandes. Le procédé employé par Bennet (1) qui consiste à prendre un lambeau d'épiploon, puis à le suturer aux bords de l'orifice après avoir réduit ou réséqué le reste de la masse épiploïque, n'est guère préférable. Il ne donne qu'une fausse sécurité, laissant la voie toute tracée à la récurrence.

Sœnger préconise un mode de suture qu'il attribue à Lawson Trait et qui consiste à dédoubler l'anneau fibreux de façon à constituer deux lambeaux superposés : l'un superficiel fibro-cutané, l'autre profond fibro-péritonéal. Ces deux lambeaux suturés séparément, il en résulterait une cicatrice plus puissante que celle qu'on obtiendrait par la suture des tissus fibreux et peu vasculaires des bords même avivés de l'orifice ombilical.

Mais le meilleur procédé d'éviter les difficultés que présente la suture de l'anneau ombilical et de supprimer les chances de récurrences résultant de sa présence, ne serait-il pas tout simplement de supprimer l'ombilic, de pratiquer ce que M. Condamin, de Lyon, appelle l'omphaclectomie (2). Cet auteur désigne ainsi la résection en masse de tous les téguments de la hernie compris entre deux incisions latérales, circonscrivant largement l'orifice ombilical.

(1) Bennet, *The Lancet*, 1891.

(2) Condamin. *Archives provinciales de Chirurgie*, sept. 1892.

L'opération est aussi radicale que possible. Il peut se produire ultérieurement une éventration, mais plus de hernie ombilicale. Comment doivent être après cette opération, suturés les parois de l'abdomen. Evidemment comme après une simple laparotomie, c'est-à-dire qu'on doit chercher la réunion immédiate des trois plans aussi exactement affrontés que possible, soit par la suture à trois étages, soit plus simplement par la suture en masse.

M. Condamin déclare ce procédé encore exclusivement théorique puisqu'il n'a été jusqu'ici pratiqué que sur le cadavre. Or, il n'en est rien. C'est ce procédé que M. le professeur Duplay a mis en pratique l'année dernière à deux reprises différentes, en particulier sur une malade à propos de laquelle a été faite la leçon clinique dont nous avons parlé au début de ce chapitre.

Cette malade fut opérée le 31 mars 1892. Il existait outre le sac superficiel, deux sacs interstitiels et des adhérences très étendues. Malgré ces conditions défavorables, les suites opératoires furent des plus simples, et la malade sortit guérie le 28 avril.

Le 20 octobre 1892, cette femme est revue par M. Delbet qui note : Très beau résultat. Bonne paroi. Pas d'impulsion. Il se produit même une rétraction quand la malade tousse.

Nous avons recherché cette malade pour savoir si ce résultat s'était maintenu et voici ce que nous avons constaté à la date du 25 février 1893.

La malade déclare ne pas souffrir du tout, mais elle vient d'avoir une attaque d'influenza. Elle raconte de plus une histoire peu compréhensible de laquelle cependant il semble résulter que la hernie serait resortie, puis rentrée. En

l'examinant on constate que la cicatrice cutanée est linéaire. Mais au niveau des sacs interstitiels existe une dépression dont le fonds est mamelonné. En appuyant sur un de ses mamelons on obtient une réduction incomplète. La cicatrice profonde présente certainement de petits pertuis par lesquels s'engage l'épiploon.

La malade n'a jamais porté sa ceinture d'une manière régulière et nous pensons que c'est à l'absence de cette précaution autant qu'aux circonstances défavorables où se trouvait la malade, qu'il faut attribuer cette légère éventration. Nous ferons encore observer que la situation de la malade comparée à ce qu'elle était auparavant est très améliorée.

Dans un autre cas opéré peu de temps après, le résultat serait tout à fait satisfaisant au dire de la malade, mais nous ne pouvons être absolument affirmatif puisque nous n'avons pas revu cette femme actuellement en province.

On voit donc que l'omphalectomie a déjà été appliquée sur le vivant. Nous pourrions citer encore un cas opéré il y a quelques mois par notre cher maître M. Le Bec.

Enfin deux thèses récentes, celle de Gaston (1) et de Bacri (2) contiennent plusieurs observations d'omphalectomie.

Nous concluons donc que l'omphalectomie est un bon procédé qui a fait ses preuves sur le vivant et qu'après la résection de l'ombilic il faut pratiquer la suture des parois comme après une simple laparotomie, soit en faisant trois étages soit plus simplement en n'en faisant qu'un seul.

(1) Gaston. Des hernies ombilicales adhérentes. Thèse de Paris, 1892.

(2) Bacri. Cure radicale de la hernie ombilicale. Thèse de Paris, 1892.

CHAPITRE VI.

Envisageons maintenant notre sujet par le côté clinique. Si intéressantes que soient les expériences faites sur le cadavre et sur les animaux, on peut toujours se demander jusqu'à quel point elles sont applicables à l'homme vivant et c'est la clinique seule qui peut permettre de trancher la question.

Deux procédés s'offraient à nous : ou bien prendre la statistique intégrale d'un chirurgien, rechercher les malades et voir comment se comporte la cicatrice, ou bien chercher dans les observations d'éventration si la cause pouvait être rapportée à une suture défectueuse. Nous avons employé les deux procédés. M. Delbet a encore eu l'extrême obligeance de mettre ses notes à notre disposition et nous avons recherché les 15 malades auxquelles il avait pratiqué la laparotomie pendant deux mois à la Charité comme suppléant du professeur Duplay.

Sur ces 15 malades nous n'avons pu retrouver ou avoir de nouvelles que de 10, ce qui n'étonnera personne, lorsqu'on sait la mobilité extrême de la population parisienne. Chez ces dix malades, la cicatrice était parfaitement solide, il n'y avait pas la moindre trace d'éventration. On pourra nous objecter que le temps écoulé depuis l'opération, 6 à 8 mois,

n'est pas suffisant pour affirmer l'absence définitive d'éventration. Cela est parfaitement exact. Mais cependant on verra plus loin dans les observations d'éventration que cet accident est généralement survenu dans les trois ou quatre premiers mois, parfois même dans les trois ou quatre semaines qui ont suivi l'opération.

Voici maintenant l'état exact des malades revues.

I. — B. Amélie, 22 ans, baigneuse, opérée le 30 août 1892 d'une salpingo-ovarite double. M. Delbet pratique l'ablation des annexes des deux côtés. La malade sort guérie le 11 octobre.

M. Delbet la revoit le 28 janvier. Elle ne souffre plus du tout. La cicatrice mesure 6 centimètres 5 de long et 6 millimètres de large, légèrement chéloïdienne, mais très solide. Quand la malade tousse la cicatrice rentre.

II. — M. Mélanie, 40 ans, journalière, opérée le 8 septembre de salpingo-ovarite double, par laparatomie.

Sort guérie le 10 novembre.

Revue le 9 janvier 1893. Va bien, ne souffre pas de la cicatrice qui est solide.

III. — G. Juliette, 25 ans, opérée le 14 octobre de laparotomie pour salpingo-ovarite.

Sort guérie le 6 novembre, et va en province pour affaires de famille.

Le 16 février elle répond à notre lettre que la cicatrice est solide, et qu'elle n'en souffre pas.

IV. — G. Marié, 27 ans, domestique, opérée par lapara-

tomie le 8 septembre : pyo-salpingite double, rupture de la trompe; drainage à la gaze salolée.

Sort le 18 octobre.

Revue le 15 février, sa cicatrice était solide, elle ne présentait pas la moindre trace d'éventration.

V. — S. Marie, 21 ans, cuisinière. Ablation des annexes par laparotomie le 9 septembre. Drainage à la gaze salolée.

Sort le 1^{er} novembre.

Revue le 13 février. Va tout à fait bien. Ne souffre pas de sa cicatrice qui est bien solide.

VI. — L. Marie, 28 ans, couturière.

Laparotomie le 30 août, castration double. Pas de drainage.

Sort le 30 septembre guérie.

Revue le 6 janvier 1893. Va bien. Cicatrice solide de 7 millimètres 5 de longueur absolument linéaire, ne mesure pas un millimètre de large. A peine plus visible qu'une ligne blanche un peu pigmentée.

VII. — Rose V., 25 ans, domestique. Laparotomie le 1^{er} septembre, castration double. Sort guérie le 25 octobre.

Revue le 11 février. Porte toujours la ceinture. Cicatrice de 8 millimètres de long, large de 5 millimètres, résistante, rentre quand la malade tousse.

VIII. — G. Alexandrine, 26 ans, ablation des annexes le 27 juillet par laparotomie.

Sort guérie le 15 septembre.

Meurt trois mois après d'une affection médicale.

La cicatrice était restée solide jusqu'à la fin.

IX. — F. Antoinette, 27 ans, domestique. Opérée le 27 juillet de castration par laparotomie.

Sort guérie le 30 août.

Ecrit le 16 février qu'elle va très bien, que sa cicatrice n'est pas trop mal.

X. — T. Marie, 32 ans, employée de commerce.

Laparotomie. Ablation des annexes. Drainage à la gaze iodoformée.

Sort guérie le 30 juillet.

Revue le 17 février. Va bien, la cicatrice est solide, rien ne sort quand elle tousse.

CHAPITRE VII

DES HERNIES DE CICATRICE ET EN PARTICULIER DE CELLES QUI SUCCÈDENT A DES LAPAROTOMIES.

Dans ce chapitre, qui est en quelque sorte la contre-partie du précédent, nous nous proposons d'étudier les hernies développées au niveau de cicatrices, surtout de cicatrices opératoires, mais toujours en restant au même point de vue : la recherche de la meilleure suture des parois abdominales. Ce n'est donc pas une étude complète de cette variété de hernies que nous nous proposons de faire.

Nous ne nous occuperons pas de l'anatomie pathologique, fort peu des symptômes, à peine du traitement ; nous essayons seulement de chercher les causes qui les favorisent, afin de mettre ces causes au grand jour et de les éviter dans la mesure du possible, toutes les fois que l'on se trouve avoir à pratiquer une suture abdominale.

Les hernies de cicatrice n'ont pas encore donné lieu à un nombre bien considérable de travaux.

Fort rares autrefois, puisqu'on ne les observait qu'après des abcès ou des traumatismes, elles ont commencé à devenir assez fréquentes depuis que l'ovariotomie s'est vulgarisée.

M. Benjamin Anger disait en 1876 : « L'ovariotomie, si souvent pratiquée depuis quelques années, a été suivie dans un assez grand nombre de cas d'éventration survenant aussi bien dans les cas où le péritoine avait été compris dans la suture, que dans ceux où la couche musculo-aponévrotique seule avait été réunie. Ce que nous disons des éventrations à la suite de l'ovariotomie doit permettre de penser que le même accident se produira à la suite de toutes les ablations de tumeur, nécessitant l'ouverture de la cavité abdominale (1). »

Ces prévisions se sont de tous points réalisés, les hernies survenant à la suite de laparotomie, se sont multipliées et ont donné lieu à plusieurs travaux : nous citerons en particulier ceux de Werthermer et Gouillouet en France, de Gyll Wyllie en Amérique. Quant aux éventrations survenant après les traumatismes ou les abcès, on les trouve dans différents travaux, rangés sous les rubriques de hernies ventrales, laparocèles, hernies épigastriques, hernies de la ligne blanche, avec les hernies beaucoup plus nombreuses survenant en dehors de ces causes, dans les différents points de l'abdomen autres que les anneaux inguinal, crural et ombilical. Nous citerons parmi les auteurs qui s'en sont occupés : Lachausse, Reignier, Ferrand, Bonnet, Le Page.

Quelles sont donc les causes qui affaiblissent la résistance de la cicatrice et permettent la production de ces hernies ?

Pour nous, la plus importante c'est l'absence de réunion immédiate, qui peut tenir à des conditions diverses. Affron-

(1) Benjamin Anger. Article Eventration, du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.

tement insuffisant des différents plans de l'abdomen, ou bien infection plus ou moins grave. La suppuration donne une cicatrice beaucoup moins solide, beaucoup moins résistante, que la réunion immédiate.

Il faut, dit Lucas-Championnière, pour qu'une cicatrice soit solide et puissante qu'elle se fasse vivement, sans suppuration, les tissus étant dans le contact le plus immédiat possible.

Th. Anger a cependant présenté à la Société de Chirurgie (1) un malade porteur d'une cicatrice solide obtenue par suppuration. Mais le professeur Trélat a pris la parole et déclaré : « Contrairement à l'avis de M. Th. Anger, je pense qu'aucune cicatrice n'est plus solide que celle produite par la réunion primitive. » M. Terrier parla dans le même sens. Du reste, dans une note présentée par ce dernier chirurgien au 2^e Congrès français de chirurgie, on trouve trois opérations de hernie épigastrique traitées par la cure radicale et suivies d'éventration dont la cause, d'après lui, devait être rapportée à une infection atténuée qui avait empêché la réunion immédiate.

L'éventration était beaucoup plus commune autrefois après l'ovariotomie, lorsqu'on traitait le pédicule par la méthode extra-péritonéale.

Il est vrai que dans ce cas un autre élément intervenait, le pédicule compromettant la solidité de la cicatrice, non seulement parce qu'il entretient une longue suppuration, mais aussi parce qu'il s'oppose à l'affrontement exact du plan fibreux. Il semblerait au premier abord que la présence

(1) Société de Chirurgie. Novembre 1887.

d'un pédicule dut renforcer la cicatrice. Au contraire, en outre du tiraillement de la paroi, le pédicule détermine une solution de continuité dans l'aponévrose abdominale et élargit la cicatrice à l'angle inférieur. La paroi de l'abdomen est complètement fermée au début par le tissu de cicatrice, mais peu à peu ce tissu s'atrophie et se laisse distendre par l'intestin.

Homans n'a vue de hernie que dans le cas où il avait suivi la méthode extra-péritonéale. Gyll Wylie, Terrillon, Terrier ont fait la même remarque. Dans deux de nos observations personnelles, il s'agit d'un kyste hydatique du foie traité par la résection partielle et la marsupialisation.

Peut-on comparer la présence d'un drain à celle d'un pédicule? Dans une certaine mesure. Sans doute un drain volumineux, laissé longtemps en place, produira un résultat analogue. Mais les remarquables travaux de M. Pierre Delbet ont prouvé qu'il n'y avait aucun avantage à laisser le drain longtemps en place et que le meilleur drain était la gaze salolée ou iodoformée, laissée seulement un jour ou deux. Le drainage ainsi compris ne présente pas d'inconvénients. Et dans nos observations VI, V et X il n'a pas été suivi d'éventration.

En effet, l'enlèvement précoce du drain permet la réunion des plans fibreux qui donnent à la ligne blanche sa solidité. Gyll Wylie a bien mis en relief la nécessité de réunir les plans fibreux : « l'épais fascia qui sépare et réunit les muscles droits, qui forme leur gaine et constitue la ligne blanche est en réalité le tendon des muscles abdominaux à direction transversale; c'est ce fascia et non les muscles droits qui donne aux parois abdominales leur résistance

dans le sens transversal. » M. Guilloud insiste également beaucoup sur le soin qu'il faut apporter à la suture du plan fibreux et préconise la suture à étages. Mais nous avons vu que la suture en masse bien faite permet un affrontement exact des lèvres aponévrotiques, ce qui est en somme le but poursuivi par tous les chirurgiens. Parmi les observations de M. Gouilloud nous en trouvons deux que nous avons reproduites, observations XXXIV et XXXV, dans lesquelles l'échec de la suture est rapporté à la suture enchevillée. En effet, ce mode de suture expose à l'interposition du péritoine entre les deux lèvres du plan fibreux et par suite au manque de réunion de celui-ci. En résumé suppuration, présence d'un pédicule ou d'un drain laissé longtemps en place, affrontement inexact des deux lèvres ou interposition du péritoine, telles sont les principales causes qui s'opposent à la réunion immédiate du plan fibreux, tels sont les principaux facteurs des hernies de cicatrices.

Nous n'attacherons qu'une importance secondaire aux autres causes indiquées dans la thèse de Wertheimer.

1° Distension et affaiblissement des parois par des grossesses répétées, par l'ascite ou une tumeur volumineuse. Cette cause est réelle et dans certains cas extrême l'indication pourra se poser de pratiquer, comme l'a fait à Lyon M. Laroyenne, la résection de téguments par trop exubérants.

Cependant on a vu et nous avons vu nous-mêmes de solides réunions de la plaie opératoire, sur des vèntres distendus par des grossesses multiples ou d'énormes kystes de l'ovaire.

2° La distension de l'ombilic coexistant avec une tumeur, surtout s'il existe en même temps de l'ascite, est un fait qui

n'est pas extrêmement rare. Un mémoire de Bazin en relate dix-sept cas, et nous en avons en ce moment un exemple sous les yeux dans le service de notre cher maître M. Leroux : Un jeune garçon de dix-huit ans, porteur d'une ascite considérable et d'une tumeur de la rate, présente également une petite hernie ombilicale récemment développée. L'indication dans ce cas est des plus simples, elle consiste à faire remonter l'incision jusqu'à l'ombilic au lieu de le contourner comme on le fait ordinairement. Il ne reste plus ensuite qu'à pratiquer la cure radicale de la hernie ombilicale, de préférence par l'omphalectomie.

3° La longueur de l'incision ne présente pas d'importance.

Une toute petite incision coup d'épée, coup de canif peut devenir le siège d'une éventration, tandis qu'une cicatrice s'étendant du pubis à l'appendice xiphoïde pourra être parfaitement solide si la suture a été faite soigneusement,

Martinelli et Fasola font jouer un grand rôle au siège de l'incision. Il est parfaitement exact que la hernie est plus fréquente à la partie inférieure de l'incision, même lorsqu'il n'y a eu ni pédicule, ni drain, mais l'interprétation qu'en donnent ces auteurs nous semble très contestable. Nous ne pensons pas que les changements de volume de la vessie puissent nuire à la consolidation de la cicatrice descendant jusque-là.

Dans nos deux observations de hernie consécutive à des kystes du foie, c'est à l'angle supérieur de la plaie au niveau du pédicule que la cicatrice avait cédé.

La suture du péritoine a-t-elle de l'influence sur la production de l'éventration ? Nous ne le pensons point.

La suture du péritoine est utile, même nécessaire, mais à d'autres points de vue. Elle permet d'obtenir l'occlusion complète et rapide de la cavité péritonéale, puisqu'au bout de vingt-quatre heures, Spencer Wills a trouvé les deux lèvres de la séreuse parfaitement réunies. Elle met peut-être quelque obstacle à la production des adhérences de l'épiploon à la paroi. Cette question des adhérences est très difficile. Tandis que certains expérimentateurs concluent à l'infection comme Kelterborn, d'autres comme Thomson déclarent qu'il y a des adhérences presque toujours même quand l'infection n'a pas lieu. M. Pierre Delbet a toujours trouvé des adhérences au début, sur les animaux qu'il opérait, mais à la longue ces adhérences disparaissaient.

Dans les opérations d'éventration auxquelles nous avons assisté, comme dans celles dont nous avons pu trouver l'observation un peu détaillée, la présence d'adhérences a toujours été notée. Cette question n'est pas encore résolue. Kehrer d'Heidelberg (1) propose, pour éviter les adhérences, d'employer seulement l'asepsie après l'ouverture du péritoine, épargner le plus possible le péritoine, limiter le drainage, donner les laxatifs dès le lendemain de l'opération pour exciter le péristaltisme,

Une autre question très importante dans l'étiologie de l'éventration opératoire, c'est le port d'une ceinture.

D'après M. Championnière, une cicatrice jeune, quelle qu'elle soit, n'est jamais assez puissante pour résister à elle seule. Elle subit une sorte d'évolution secondaire de consolidation. Si elle est soutenue dans cette période, elle devient

(1) Kehrer, 4^e Congrès (1891) de la Société allemande de gynécologie.

forte et il arrive un moment où elle suffit contre tous les efforts. Si vous faites lever la malade trop tôt, si la cicatrice n'est pas soutenue par des tractions énergiques, les chances de l'éventration sont considérables. Lawson Tait est plus affirmatif encore, et il attribue à l'absence du port régulier d'un bandage la fréquence beaucoup plus grande des éventrations qu'il a observées sur les malades d'hôpital, comparativement aux malades de la ville.

MM. Pozzi, Richelot, Lucas-Championnière ont cité des exemples de négligence à porter la ceinture sans accidents. Sorin a même accusé les ceintures et bandages d'amener l'atrophie de la cicatrice.

Cependant, d'une façon générale, la ceinture doit être conseillée avec le repos dans les premiers temps.

Est-il donc si utile de prendre tant de précautions pour éviter l'éventration. Cet accident est-il si fréquent et si grave qu'on doive prendre tant de soins pour l'éviter.

La fréquence des hernies post opératoires est, nous en sommes convaincu, assez considérable; cependant nous n'avons pu en relever qu'un nombre relativement minime d'observations, 27. Mais nous avons la conviction qu'un grand nombre ne sont pas publiées.

Nous aurions voulu pouvoir établir la proportion. Malheureusement les statistiques d'ovariotomie, hystérectomie, salpingectomies, etc., ne mentionnent pas, sauf celles d'Homans (1), cette complication éloignée. Cependant il est certain que très fréquentes autrefois, lorsqu'on employait les méthodes extra-péritonéales pour le traitement des pédi-

(1) Homans, Trois cent quatre-vingt-quatre laparotomies. Boston, 87.

cules, leur nombre a diminué depuis que les méthodes intra-péritonéales l'emportent, depuis que grâce aux perfectionnements de l'antisepsie et de l'asepsie, la réunion immédiate est la règle, depuis enfin que l'on se préoccupe de prendre dans la suture les trois plans de la paroi et de les unir très exactement.

Il est des cas où malgré toutes les précautions prises une éventration se produit. Comment se traduit-elle? La plupart du temps on observe des troubles divers : sensation de pesanteur dans le bas-ventre, douleurs continues rapportées à la cicatrice, parfois ces douleurs sont accompagnées de faux besoins. Les adhérences jouent probablement un rôle important dans la production de ces phénomènes. Souvent il existe aussi des troubles digestifs : perte d'appétit, digestion difficile, amaigrissement, etc.

La station prolongée est pénible, tout travail un peu violent est rendu complètement impossible. Le moindre rhume vient encore aggraver la situation qui devient tout à fait intolérable s'il s'agit d'emphysème ou de bronchite chronique.

Chez les personnes obligées de vivre d'un travail pénible, l'éventration constitue une infirmité des plus gênantes. Mais ce n'est pas tout, des complications très graves peuvent se produire. Chez une malade de M. Reynier, porteuse d'une éventration considérable à la suite de l'extirpation d'un kyste de l'ovaire volumineux, la cicatrice se rompit dans un effort de toux et la malade fut littéralement obligée de soutenir ses intestins dans son tablier.

Chez une autre malade la rupture de la cicatrice fut causée par une voiture qui passa sur le corps de la malade.

Enfin l'accident le plus grave c'est l'étranglement qui n'est pas exceptionnel, puisque sur 27 observations nous en avons relevé sept cas. (Observations XVIII, XXI, XXII, XXIII, XXX, XXXI et XXXIII.)

Un certain nombre furent opérés et guéris, mais dans d'autres cas la mort survint rapidement.

M. le professeur Le Fort, fait remarquer que dans ces hernies comme dans toutes les hernies petites, la gangrène de l'intestin est rapide. M. Berger mentionne un autre cas de M. Terrier où la hernie était si petite qu'on avait cru à une simple obstruction intestinale.

L'éventration constituant pour les malades qui en sont atteints, une infirmité pénible avec menace d'accidents graves, on sera autorisé à intervenir.

Le procédé de Simon qui a cependant donné des succès, ne trouverait aujourd'hui guère d'imitateurs, celui de Chobak, qui consiste à invaginer non plus tous les téguments comme Simon, mais seulement le sac, nous semble inférieur au procédé de Maydl, résection des téguments et du sac qu'on fera suivre de la même suture qu'après une laparotomie, encore plus soignée s'il est possible.

OBSERVATION XI. — (PERSONNELLE).

Pyo-salpingite double opérée par M. Le Bec. La malade se lève le troisième jour. Accidents pelvi péritonite, guérison. Absence de bandage. Eventration consécutive, cure radicale de l'éventration.

R. Marguerite, 25 ans, lingère, fille peu intelligente et intraitable fut opérée le 4 novembre 1891 à l'hôpital St-Joseph par M. Le Bec pour une double pyo-salpingite. L'opération fut assez longue et laborieuse. La suture à trois étages fut achevée un peu précipitamment, la malade respirant mal. Les suites opératoires n'eurent rien de particulier les premiers jours, mais le troisième jour la malade s'avise de se lever pour satisfaire un besoin.

A la suite de cette équipée elle fut prise d'accidents de pelvi péritonite d'allure grave pendant quelques jours, cependant elle finit par guérir et partit avec une ceinture qu'elle mettait fort irrégulièrement.

Quinze mois après, janvier 1893, la malade demande à rentrer à l'hôpital. Elle se plaint de douleurs dans le ventre, de gêne pour la marche et le travail. Elle attribue ces troubles à une grosseur qui s'est développée à la partie inférieure de la cicatrice trois ou quatre mois après l'opération. En outre elle a présenté les semaines précédentes des troubles digestifs et même des vomissements.

En examinant la cicatrice, on constate qu'elle est bonne dans la partie supérieure, où elle présente une largeur de un centimètre. Mais on remarque au-dessus du pubis une tumeur,

mal limitée, aplatie, dépassant la ligne médiane des deux côtés surtout à gauche. Cette tumeur atteint sous l'influence de l'effort et de la toux, le volume du poing. A la palpation, elle est à peu près indolore, de consistance mollassse incomplètement réductible. Nulle part on ne sent d'orifice bien net. Il semble cependant que la hernie grossisse surtout au niveau de deux points situés à la partie tout à fait inférieure.

Opération sous le chloroforme le 6 février 1893. M. Le Bec fait une incision à gauche et le long des deux tiers inférieurs de la cicatrice, dont il va explorer la face profonde très irrégulière, très adhérente à l'épiploon. Sur la moitié inférieure existent aussi plusieurs dilatations ampullaires, creusées aux dépens du tissu cicatriciel, fort aminci à ce niveau. L'épiploon adhère surtout au fonds de ces petites cavités dont l'une, qui contiendrait une noix, répond assez bien comme aspect à l'anneau ombilical; au-dessus de celle-ci on en trouve deux autres admettant facilement le petit doigt. A la partie inférieure on en voit encore deux plus petites entre lesquelles part une troisième véritable diverticule descendant jusqu'à la racine du clitoris entre le pubis et la peau.

M. Le Bec arrache les adhérences, reséque ces petites ampoules sauf la plus inférieure dont la dissection serait trop laborieuse et dont il se contente de fermer l'orifice.

Suture de la paroi en un seul plan, au crin de Florence.

Les suites opératoires sont simples et on enlève les fils le neuvième jour. Mais le lendemain la malade fait une nouvelle équipée. A la suite d'une petite querelle avec une infirmière, elle se lève à 6 heures du matin, reste debout jusqu'à l'arrivée de M. Le Bec, qui ne peut l'empêcher de partir. Le lendemain elle revenait, pleurant et suppliant M. Le Bec de la reprendre et se plaignant beaucoup du ventre. La cicatrice cutanée est désunie sur toute la longueur, et les deux lèvres de la plaie

sont distantes en certains endroits de un centimètre. Il est probable que la suture des plans fibreux a lâché et que cette malade présentera une nouvelle éventration.

Cependant la malade part guérie le 8 mars. A ce moment la cicatrice paraît solide et lorsque la malade tousse, on ne voit aucune saillie, on ne sent aucune impulsion.

OBSERVATION XII

(Personnelle pour la première partie. La seconde partie, éventration, m'a été communiquée par mon excellent collègue et ami Guinebertière).

Kyste hydatique du foie, opéré par M. Le Bec, résection partielle de la poche et marsupialisation du reste. Production d'une éventration, quatre mois après. Cure radicale de l'éventration.

A. C..., épicier, âgé de 36 ans, homme de robuste constitution, entre à l'hôpital Saint-Joseph le 15 mai 1891, service de M. Le Bec.

Cet homme, dont les antécédents héréditaires sont bons, a toujours été bien portant, malgré quelques légers excès alcooliques.

Depuis deux ans, il ressent des malaises assez vagues et peu accentués. Les symptômes les plus marqués sont : dégoût de la viande et gêne allant même jusqu'à la douleur, dans le flanc droit, lorsqu'il se livre à un travail pénible.

Au mois de janvier de cette année (1891), il eut une pleurésie légère qui guérit en 15 jours. Au commencement de mai, les douleurs dans le côté droit devenant plus fortes, il va consulter un médecin qui constate dans le flanc droit la

présence d'une tumeur volumineuse dont le malade ne s'était pas encore aperçu et conseille une opération.

Le malade se présente à l'hôpital Saint-Joseph, le 15 mai pour se faire opérer, et il est reçu dans le service de M. Le Bec.

L'état général est bon, sauf les légers troubles gastriques signalés plus haut. Dans ces conditions, l'opération s'imposait.

Elle est pratiquée le 22 mai et comprend les temps suivants :

1° Laparotomie. Incision de la paroi abdominale sur une longueur de 10 centimètres, partant du cartilage de la 9^e côte, descendant verticalement à 6 centimètres de la ligne blanche ;

2° Ponction du kyste avec le gros trocart à ovariectomie. Il s'écoule environ 5 litres de liquide limpide et transparent ;

3° Tentatives d'extraction du kyste. M. Le Bec essaye ensuite d'attirer le kyste au dehors et de l'enlever en totalité, mais les adhérences sont tellement fortes et nombreuses qu'après en avoir détruit une partie, il est obligé d'y renoncer ;

4° Marsupialisation du kyste. Pendant ces tentatives, la paroi du kyste très friable, s'est déchirée en plusieurs endroits et une certaine quantité de liquide s'écoule dans le péritoine. Suture de ces déchirures, puis résection de la petite partie des parois qui a pu être libérée ; enfin suture des parois de ce kyste aux lèvres du péritoine qui se trouve ainsi complètement fermé. L'incision de la paroi abdominale est suturée, au catgut pour le péritoine et le plan musculaire, au crin de Florence pour la peau dans la moitié inférieure. La moitié supérieure, correspondant à l'ouverture du kyste est laissée béante.

Une heure après la fin de l'opération, apparition d'une urti-

caire généralisée et intense qui a complètement disparu le lendemain. Pansements à l'iodoforme sur les bords. Injection d'eau phéniquée dans l'intérieur du kyste. Dès le second jour la plus grande partie de la membrane génératrice est retirée avec des pinces. Les lavages en entraînent des lambeaux tous les jours. Un gros drain, glissé au fond de la poche donne issue à un liquide séreux d'abondance médiocre. La poche qui était immense au début, a beaucoup diminué de capacité. Elle s'est plissée sous l'influence de la pression abdominale, mais reste aussi profonde : 22 centimètres.

Après la première semaine, il se produit une suppuration très abondante, et l'on voit sortir de temps en temps quelques lambeaux de membrane génératrice. Le 11 juin sortie, sous l'influence d'efforts de toux, d'un amas important de membranes : environ le volume du poing.

A partir de ce moment, la suppuration est beaucoup moins abondante, mais la poche réduite à l'état de simple fistule, s'oblitére lentement. Le 23 juin, elle est encore profonde de 20 centimètres, cependant le malade peut reprendre ses occupations. La fistule n'est complètement guérie qu'à la fin d'août.

Dès le mois de septembre, apparaît dans la partie supérieure de la cicatrice, une petite grosseur qui va peu à peu s'accroissant et gênant le malade de plus en plus, au point qu'il vient réclamer une nouvelle intervention.

Opération sous le chloroforme le 11 février, incision attentive de la peau. Immédiatement au dessous d'elle, apparaît l'épiploon sous le péritoine. M. Le Bec incise le péritoine et constate l'existence de nombreuses adhérences épiploïques tout autour de la ligne d'incision. En décollant ces adhérences il rencontre sur la partie interne un diverticule ampullaire dans lequel se loge l'épiploon. Ce petit sac qui contiendrait une noisette est réséqué.

Suture de l'incision au crin de Florance en un seul plan, après adossement parfait du péritoine.

Suites opératoires normales. Les fils sont enlevés le dixième jour, et malgré une poussée de congestion pulmonaire qui dure trois jours, le malade demande à retourner chez lui le seizième jour.

Le 4 mars, il est tout à fait guéri. La cicatrice paraît bonne. Elle ne présente pas la moindre impulsion à la toux.

OBSERVATION XIII (PERSONNELLE).

Kyste hydatique du foie, traité par laparotomie et marsupialisation. Eventration consécutive. Cure radicale de l'éventration à la cocaïne, par M. Le Bec.

C. Antoine, 34 ans, cocher, entre à l'hôpital Saint-Joseph, le 2 mai 1892 pour un kyste hydatique du foie dont il était porteur depuis 18 mois. Il fut opéré le 4 mai par M. Le Bec. L'opération fut identique à celle du malade dont nous venons de rapporter en détail l'observation, mais la fermeture de la poche fut plus longue.

Sorti le 13 août, avec une petite fistule, il fut obligé de rentrer en octobre, parce que sa fistule donnait lieu à un écoulement plus abondant. M. Le Bec dilata l'orifice, puis il fit des injections de teinture d'iode et la fistule marcha vers la guérison.

Le malade sortit le 3 décembre 1892. Quelques jours avant son départ, il s'était aperçu l'apparition d'une petite grosseur, à gauche de la cicatrice, entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic.

Sans être trop douloureuse au repos, cette tumeur l'empê-

chait de se livrer à un travail régulier, aussi cet homme ayant quatre enfants à nourrir, demanda à être débarassé. Comme il avait eu après sa première opération beaucoup à souffrir des vomissements chloroformiques, il refusa d'être endormi.

M. Le Bec fit donc, le 24 février 1882, une injection d'environ six centigrammes de cocaïne sur le trajet de l'incision qu'il pratiqua dans l'axe de la tumeur, à peu près sur la ligne médiane.

Cette incision, de six à huit centimètres, conduisit dans une petite cavité cloisonnée, dans laquelle s'engage et adhère l'épiploon, au bord de la cicatrice du foie, autour d'un petit anneau fibreux analogue à l'ombilic. Débridement de la partie gauche de l'incision par un coup de ciseau, sur une longueur de deux centimètres. Section des adhérences. Suture en masse au crin de Florence de la paroi abdominale. Affrontement du péritoine et du plan fibreux avec deux pinces tenues par un aide. Deux points de suture sur la branche latérale, cinq points sur la branche médiane de l'incision, trois points superficiels. Pansement à l'iodoforme. Réunion par première intention. Les fils sont enlevés le neuvième jour.

OBSERVATION XIV (PERSONNELLE).

Eventration consécutive à une double ovariectomie. Opération de l'éventration.

Mademoiselle M..., Adèle fleuriste, 58 ans, entrée à Saint-Joseph, le 4 novembre, opérée par M. Le Bec, le 16 novembre 1891, de deux kystes de l'ovaire, gros le droit comme une tête d'adulte, le gauche comme une grosse orange.

L'opération et ses suites furent normales, suture au crin de Florence en masse.

Mais à peine guérie; la malade sort le 10 décembre et est obligée de soulever des fardeaux très lourds. Elle porta régulièrement sa ceinture, ayant soin de la mettre avant de se lever.

An moin de juin 1892, apparut une petite grosseur indolente au repos, mais gênante et même douloureuse pendant la marche ou le travail. Cette tumeur grossit très lentement, elle aurait atteint le volume d'un œuf le jour (14 novembre 1882) ou la malade souffrant surtout de troubles digestifs, vint réclamer une opération.

M. Le Bec fit le 16 novembre 1892 une autre opération dans laquelle il pratiqua la résection du sac et de l'épiploon adhérent. La malade sort le 2 décembre, bien guérie, mais elle attrape une forte grippe et se mit à tousser beaucoup.

Revue le 22 février. Elle va bien, mais on sent tout à fait à la partie inférieure, un anneau fibreux, dans lequel l'intestin tend à s'engager.

OBSERVATION XV

Péritonite tuberculeuse. Pseudo étranglement. Laparatomie par M. Le Bec. Suture au crin de Florence en un seul plan. Rupture de la cicatrice. Guérison. Dix-huit mois plus tard autopsie (in Aldibert. De la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse. Paris, 1882).

Jeanne L..., 13 ans, est apportée le 22 août 1886 à l'hôpital Saint-Joseph dans un état très grave. Depuis trois jours, elle a été prise brusquement de tous les signes d'un étranglement interne.

M. Le Bec fait immédiatement la laparotomie. Il trouve le

péritoine couvert sur ses deux feuillets de granulations miliaires, rouges, confluentes sur le péritoine. L'intestin est libre partout et on ne retrouve nulle part de bride ni d'invagination. M. Le Bec se décide alors à refermer le ventre et fait une suture au crin de Florence en un seul plan.

Après avoir été très mauvais les premiers jours, l'état de la malade s'améliore un peu. Le huitième jour, les fils sont défaits, la réunion paraît obtenue. Malgré cette apparence M. Le Bec met par dessus le pansement iodoformé une large bande de diachylon. Le lendemain la plaie s'est ouverte à la partie supérieure, le surlendemain elle est ouverte dans toute sa hauteur. Une anse intestinale longue de 15 centimètres est sortie. Elle est lavée au sublimé puis couverte de gaze iodoformée et d'un pansement compressif qui lutte avec peine contre les quintes de toux de la malade. Peu à peu une mince pellicule cicatricielle partie des bords de la plaie monte sur l'intestin et le couvre entièrement en l'espace de dix semaines.

Quand la malade quitta l'hôpital elle était très améliorée au point de vue de son état général, et présentait une cicatrice blanche très mince, ayant plus de cinq centimètres de large et dix centimètres de hauteur.

Cette enfant mourut dix-sept mois après, dans le service de M. Ollivier, aux Enfants-Malades. A l'autopsie on trouve la cicatrice mince comme une feuille de papier un peu fort mais tout à fait lisse, pas d'adhérences de l'intestin, pas de bride ni de fausse membrane.

OBSERVATION XVI.

Richerand. Nosographie chirurgicale, t. III, page 307.

Plaie par coup de sabre au bas de l'hypochondre droit. Pas

de sutures. Guérison en neuf jours par pansement simple. Le malade néglige de porter un bandage et dix-huit mois après il présentait une hernie du volume des deux poings. S'étant alors décidé à porter un bandage, il vit sa hernie parfaitement contenue.

OBSERVATION XVII.

Astley Cooper. Traité des hernies.

Hernie traumatique consécutive à une plaie pénétrante de l'abdomen par une chute sur un morceau de bois.

La hernie débute immédiatement après la guérison, qui eut lieu en deux mois. Douze ans après elle atteignait le volume du poing et était parfaitement réductible.

OBSERVATION XVIII.

Seutin. Revue médico-chirurgicale de Paris, tome XIII, page 170.

Homme de 56 ans, ayant reçu vingt ans auparavant un coup de sabre dans le ventre. Il s'était formé peu à peu une hernie au niveau de la cicatrice. Cette hernie s'étrangla sous l'influence d'un violent effort.

Opération : Le quatrième jour Seutin pratique l'excision de l'épiploon adhérent, puis ligature et réunion par suture. Guérison malgré un phlegmon de la paroi abdominale.

OBSERVATION XIX.

Gosselin. — Leçon sur les hernies.

B., tonnelier, à reçu a 31 ans un coup d'un instrument tranchant à la partie antérieure de l'abdomen, guérison avec formation d'une hernie sous la cicatrice. A 38 ans sa hernie devient douloureuse et irréductible M. Gosselin réussit par le taxis à faire disparaître les accidents.

OBSERVATION XX.

Cruveilhier. Anatomie path. gén., tome I, cité par Reignier.

Homme de 70 ans, présentant au niveau de la partie inférieure gauche du thorax une tumeur du volume du poing survenue à la suite d'un coup d'épée.

OBSERVATION XXI.

Henry, The. Lancet 1851, tome II, p. 153, cité par Reignier.

Tumeur dure, résistante et douloureuse, située entre la crête iliaque et l'ombilic, présentant le volume d'une orange, développée sous la cicatrice produite 27 ans auparavant par un coup de couteau. Henry reconnaissant les symptômes d'une hernie étranglée pratiqua la kélotomie.

Débridement de l'anneau. Abandon dans la plaie de l'épiploon adhérent, guérison rapide.

OBSERVATION XXII.

Bide, Société anatomique, mars 1876.

A l'âge de 4 ans, couteau de coup dans le ventre, guérison. A 35 ans, apparition d'une petite hernie qui devint subitement irréductible au bout de 5 ou 6 mois. Taxis inutile. Mort le troisième jour.

On trouve la hernie formée par l'épiploon et une anse intestinale presque gangrénée.

OBSERVATION XXIII.

Hernie ventrale consécutive à un coup de couteau, opération par M. Duplay. Guérison. Thèse Ferrand.

Ad..., 38 ans, couturière, a reçu à 18 ans un coup de couteau dans l'abdomen.

Sept ans après apparition d'une hernie qui grossit peu à peu et nécessite trois ans plus tard le port d'un bandage. Pendant 10 ans la hernie est maintenue tant bien que mal par une ceinture plusieurs fois modifiée. Le 10 novembre 1880 elle s'étrangle. Après plusieurs tentatives de taxis inutiles, même sous le chloroforme, M. Duplay opère cette malade. Incision sur le grand diamètre de la cicatrice puis du sac. On trouve une grosse masse épiploïque et une anse de gros intestin longue de 30 millimètres. Réduction de l'intestin. Resection de la plus grande partie de l'épiploon. Suture et drainage. Guérison.

OBSERVATION XXIV.

Hernie ventrale consécutive à un coup de serpette. Troubles digestifs. M. Duplay refuse l'opération. Thèse Ferrand.

C... 66 ans, lingère a reçu il y a 5 ans un coup de serpette dans le ventre. Guérison en un mois par les cataplasmes. Apparition une année plus tard de troubles digestifs et d'une petite hernie sous la cicatrice. Elle entre le 16 décembre 1880 dans le service de M. Duplay portant à la partie supérieure de l'hypochondre gauche une tumeur aplatie, mal limitée à la périphérie atteignant le volume des deux poings, incomplètement réductible.

M. Duplay conseille simplement le port d'un bandage, qui fait disparaître les accidents.

OBSERVATION XXV.

A. Broca. Gazette hebdomadaire de Médecine et de chirurgie, 5 septembre 1891. Hernie ventrale consécutive à un coup de couteau, bien tolérée pendant 40 ans sans bandage.

Vieillard de 80 ans, ayant reçu un coup de couteau dans la région splénique, 40 ans, auparavant. Il se forma bientôt sous la cicatrice, une tumeur partiellement réductible, d'abord assez gênante, mais bientôt tolérée sans le port d'un bandage. M. A. Broca ne proposa pas d'opération vu l'âge du malade et surtout la coexistence d'un cancer de la parotide.

OBSERVATION XXVI.

A. Broca. Eod. Loco. Cure radicale d'une laparocèle, consécutive à un abcès.

Henri V... 29 ans, entre le 10 septembre 1890 à Tenon. Il avait avalé à l'âge de 8 mois trois aiguilles qui sont sorties plusieurs mois après par un abcès de la paroi abdominale. Cinq semaines seulement avant son entrée à l'hôpital, le malade s'aperçut brusquement au niveau de la cicatrice, d'une grosseur rapidement accrue, siégeant à la hauteur mais à 10 centimètres à gauche de l'ombilic. Cette tumeur large comme le main étalée, devenait grosse comme le poing, lorsque le malade toussait. Incision verticale de 7 à 8 millimètres. L'épiploon hernié adhérent est reséqué ou libéré. Suture en étages à la soie; suture de la peau au crin de Florence. Sort guéri en 15 jours muni d'une ceinture avec pelote. Revu en mars 1891, il est en bon état.

OBSERVATION XXVII.

Hadlich. Archiv. für Klinische Chirurgie, tome XX, 1877.

Femme ovariectomisée en 1872 par le procédé de Spencer Wells. Pédicule extra-péritonéal. Apparition d'une hernie au niveau de la partie inférieure de la cicatrice.

Cette malade subit peu tard l'opération de Simon et guérit.

OBSERVATION XXVIII.

Hadlich. Loco citato.

Femme de 38 ans, ovariectomisée en 1874.

Suture de Spencer Wells.

La hernie apparaît quelques semaines après l'opération et 10 mois après atteint le tiers moyen de la cicatrice.

Opérée par le procédé de Simon en 1875.

Guérison complète. Revue un an après.

OBSERVATION XXIX.

Homans. Trois cent quatre-vingt-quatre laparatomies. Boston, 1887.

Hystérectomie pratiquée sur une femme de 22 ans. Traitement externe du pédicule.

Guérison, mais production d'une hernie ventrale au niveau de l'incision.

OBSERVATION XXX.

Etranglement de hernie ombilicale, consécutive à laparatomie exploratrice. Thèse Wertheimer, Obs. V.

D., âgée de 45 ans, présentait une tumeur polykystique de l'ovaire pour laquelle M. Pozzi fit une laparatomie simplement exploratrice à cause de la généralisation péritonéale de la tumeur (28 mars 1886). La malade se remit très bien des suites

de cette intervention, mais elle fut atteinte d'ascite et 2 ou 3 semaines après d'une hernie ombilicale pour laquelle elle ne porta pas de bandage. Le 24 mars 1887 sa hernie s'étrangla. M. Picqué, après une tentative inutile de taxis, pratiqua la laparatomie, débrida l'anneau ombilical, cause de l'étranglement et une bride intra sacculaire s'opposant à la réduction de l'intestin. Il réséqua le sac adhérent à la peau et fit deux plans de sutures un pour le plan fibreux adhérent au péritoine avec le catgut, un autre superficiel au crin de Florence. Guérison sans éventration, bien que le malade se refuse de porter un bandage.

OBSERVATION XXXI.

Hernie intestinale au niveau d'une cicatrice résultant de l'ouverture spontanée à la peau d'un phlegmon du ligament large gauche ; cure radicale ; guérison. Duret, Journal des sciences médicales de Lille, 5 juin 1891.

Reine H., 21 ans, servante, entre dans le service de M. Duret, le 28 janvier 1891, pour une hernie ventrale, siégeant du côté gauche, un peu au-dessus de l'arcade crurale en dehors et au-dessus d'une cicatrice ovale de 4 m. sur 5 cent., résultant de l'ouverture spontanée trois ans auparavant d'un phlegmon du ligament large. Cette cicatrice s'étend horizontalement du bord externe du grand droit, jusqu'à 2 travers de doigt de l'arcade crurale. La hernie, de forme irréglière presque ovoïde, a débuté avant que l'abcès ne fut complètement guéri, elle a grossi peu à peu et atteint à l'entrée de la malade à l'hôpital le volume des deux poings. Elle est parfaitement réductible à travers un orifice ovale mesurant 3 centimètres dans son grand axe

dirigé horizontalement. La hernie ne donne lieu à aucun incident, mais la malade ne pouvant se décider à porter un bandage, M. Duret considère qu'il qu'il y a lieu d'intervenir.

Opération le 24 janvier. Incision de la peau selon le grand axe de la tumeur, incision puis résection du sac qui est très mince et transparent. Premier plan de sutures profondes au catgut (8 points) comprenant l'anneau fibreux aviné et le péritoine. Un plan de sutures superficielles au crin de Florence.

La malade sort un mois après l'opération, entièrement guérie. Elle portera pendant quelque temps une ceinture avec pelote de renforcement, correspondant à la cicatrice opératoire.

OBSERVATION XXXII.

Horteloup. Bulletin médical du 6 novembre 1887.

Hernie ventrale consécutive à un abcès tuberculeux de la région susinguinale droite, atteignant le volume d'une grosse tête de fœtus.

M. Horteloup fit une longue incision, gratta le foyer tuberculeux, pratiqua l'excision de l'énorme poche formée par le péritoine et la peau, puis suture au fil d'argent.

Trois semaines après, la malade quitte l'hôpital avec une cicatrice solide au niveau de l'orifice herniaire et deux petites ouvertures par lesquelles il s'écoule du pus aux deux extrémités de la cicatrice.

La malade refuse de porter un bandage. Treize mois après l'opération légère récidive.

OBSERVATION XXXIII.

*D^r Mauny de Saintes. Congrès français de chirurgie de 1892.
page 253.*

Étranglement d'une hernie ventrale développée sous la cicatrice d'un coup de couteau. Opération. Guérison.

Femme de 47 ans, ayant reçu il y a dix ans, dans la région de l'ombilic un coup de couteau pour lequel on fit une simple suture de la peau. Une hernie se forme peu à peu et finit par acquérir le volume d'une tête d'adulte, occupant toute la région sous ombilicale.

Un étranglement se produisit. Le docteur Mauny fit, 48 heures après le début des accidents, la laparotomie. Il tomba sur une masse énorme d'épiploon dont les brides causaient l'étranglement, réséqua 600 gr. de cet épiploon. Un plan de suture fibromusculaire à la soie. Résection de la peau puis suture au crin de Florence.

Guérison complète. Port d'une ceinture. Pas de récurrence au bout d'un an.

OBSERVATION XXXIV.

*Double ablation d'annexes. Suture enchevillée unique avec large adossement péritonéal. Événtration consécutive. Résection du sac péritonéal, suture en étages au catgut.
D^r Guillaud. De l'événtration opératoire. Lyon médical, 1892.*

L. C., ouvrière dévideuse âgée de 32 ans, atteinte de salpin-

gite double, après un accouchement suivi d'infection, fut opérée le 24 février 1890, par M. Laroyenne.

Suture enchevillée unique avec large adossement péritonéal, puis sutures de la peau au crin de Florence.

La malade sort le 10 avril, allant bien, mais avec une éventration naissante qui se développe malgré le port régulier d'un bandage. Souffrant beaucoup du ventre et voyant grossir son éventration elle revient à l'hôpital en décembre 1890.

La cicatrice de la plaie opératoire est régulière, tortueuse, atteignant un centimètre en certains points. Profondément le doigt sent un écartement de la ligne blanche, laissant pénétrer la pulpe. Dans la moitié inférieure de la cicatrice on sent et on voit se produire pendant l'effort une saillie non pédiculée, bilobée, de la forme d'un œuf volumineux.

Opération le 19 janvier 1892, par M. Gouilloud. Incision elliptique verticale circonscrivant la cicatrice cutanée. Incision du sac. Ligature et section de l'épiploon adhérent au fond du sac.

Suture séparée des trois plans de l'abdomen, surjet à la soie des lèvres de la plaie péritonéale, surjet très solide, à points rapprochés de la couche aponévrotique au catgut chromique. Points séparés au catgut sur la peau.

La malade sort le 10 mars 1892, soulagée d'une partie de ses malaises, notamment des coliques avec sensation de faux besoins et d'une sensation de poids dans le bas ventre avec faux besoins.

Revue dans le courant de mai 1892. L'amélioration s'était maintenue. La cicatrice nouvelle est linéaire, solide, sans aucune tendance herniaire.

OBSERVATION XXXV.

*Ablation d'annexes. Suture enchevillée aux fils d'argent.
Port de la ceinture. Production d'une éventration. Cure
radicale. Suture à quatre plans, à la soie.*

Gouilloul, loco citato.

J. P., 28 ans, modiste, est opérée le 29 juin 1889, par M. Laroyenne, pour pyo-salpingite double.

Une hernie ne tarde pas à se développer au niveau de la partie inférieure de la cicatrice malgré le port régulier d'un bandage. M. Laroyenne avait dans ce cas fait une suture enchevillée aux fils d'argent. La ligne blanche n'avait pas été suturée à part. La hernie se développe peu à peu ; elle causa des troubles digestifs et des douleurs dans le ventre telles que la malade devint neurasthénique.

M. Fochier opère cette malade dans son service le 29 mai 1891. La peau incisée, il arrive sur un sac péritonéal analogue au sac d'une hernie ancienne depuis longtemps irréductible. Adhérent à la peau, il est perdu au milieu de tractus fibreux entrecroisés. Après l'avoir ouvert on trouve l'intestin qu'on repousse avec une éponge, puis une bride épiploïque. Cette bride reséquée, le péritoine libéré, suturé par un surjet, est ensuite repoussé dans la cavité abdominale. La vessie était repliée au-devant du pulvis, fixée en ce point et son développement devait se faire dans la hernie. On la libère avec soin et on la repousse derrière le pubis.

Recherche de l'aponévrose du grand droit et suture séparée de ses deux feuillets. En certains endroits le feuillet profond

manque et c'est le muscle lui-même qui est suturé à l'aponévrose. Les fils sont placés en grand nombre et avec la suture de la peau forment au moins quatre plans de sutures toutes faites à la soie. Suites opératoires excellentes malgré un petit abcès de la paroi. La malade sort le vingt-cinquième jour en bon état, mais avec une fistule qu'on a dû inciser trois mois plus tard et qui reconnaissait pour cause l'élimination de quatre fils de soie.

2 octobre. L'état général est excellent. Tous les phénomènes se sont amendés peu à peu pour disparaître entièrement. La paroi abdominale est résistante. La malade marche sans ceinture, peut se livrer à toutes ses occupations. La gaité est revenue. En un mot c'est une guérison complète, constatée de nouveau en mai 1892.

OBSERVATION XXXVI.

Ablation d'annexes. Eventration consécutive, cure radicale sans résection du sac. Suture en étages.

Gouilloud, loco citato.

M. B... âgée de 34 ans, subit l'ablation des annexes par M. Laroyenne le 2 juillet 1890. Suture à triple étage, avec un volumineux Mikulicz à la partie inférieure. L'éventration chez cette malade est rapportée par M. Gouilloud en partie au Mikulicz, car c'est à ce niveau qu'elle était le plus accentuée, mais surtout à ce que les sutures aponévrotiques ont lâché sous l'influence des mouvements désordonnés de la malade, fille exceptionnellement forte, grosse et brutale.

Elle a toujours porté sa ceinture, mais dès le mois d'avril

son éventration est considérable. Elle se dessine au moindre effort de toux sur les deux tiers de la plaie et sur une largeur de quatre travers de doigt au moins. Depuis elle va sans cesse en augmentant.

Opération le 25 septembre 1891. Incision elliptique de la peau, embrassant toute l'ancienne cicatrice et circonscrivant un losange d'une largeur de quatre doigts et d'une hauteur de 15 centimètres. Dissection de ce lambeau cutané qui adhère au péritoine. Ce dernier est renversé et refoulé dans le ventre.

Ouverture de la gaine des muscles droits et suture au moyen d'un surjet au catgut chromique, des lèvres aponévrotiques internes, droite et gauche, puis sur un autre plan des lèvres aponévrotiques externes.

Suture de la peau comprenant trois points profonds au catgut et un surjet superficiel également au catgut. Petit drain remontant dans le sac herniaire renversé. On en lève le drain le sixième jour.

La malade sort le 22 octobre, complètement guérie.

Au mois de mars 1892, elle va très bien. Aucune tendance à la récurrence de son éventration.

OBSERVATION XXXVII

*Volumineuse éventration consécutive à une ovariectomie.
Cure radicale avec résection du sac et de l'épiploon adhérent.*

Gouilloud, loco citato.

Veuve D..., âgée de 63 ans, a subi le 4 août 1888 une ovariectomie pour un kyste de volume moyen.

M. Laroyenne ferma le ventre par une suture enchevillée.

On peut incriminer comme cause, l'affaiblissement de la paroi par l'âge et l'existence d'une toux extrêmement fréquente sans cause appréciable à l'auscultation, il y a encore une pneumatose gastro-intestinale exceptionnelle.

Opération par M. Gouilloud, le 11 mars 1892. A ce moment la hernie ventrale est très volumineuse, elle atteint au moment des efforts de toux 50 centimètres de circonférence. M. Gouilloud fait une incision elliptique de la peau, circonscrivant toute la partie de la peau cicatricielle et adhérente au sac. Cette dissection est difficile, le péritoine est ouvert en plusieurs endroits et le chirurgien renonce à son projet primitif de refouler le sac dans la cavité abdominale. Résection du sac et de l'épiploon adhérent. Suture, surjet au catgut des bords du sac.

Comme dans l'observation précédente, M. Gouilloud fit une entaille dans la gaine des muscles droits et sutura séparément les lèvres interne, puis externe, de façon à dédoubler le plan aponévrotique. Sur la peau suture continue au catgut. Drains en dehors de la ligne de suture.

Au dixième jour, ablation des fils. Cicatrisation complète et solide. Cessation de la toux.

CONCLUSIONS

La suture en masse des parois abdominales permet un affrontement parfaitement exact des différents plans. Plus simple et plus rapide que la suture à trois étages, elle met tout aussi bien à l'abri de l'éventration.

VU :

Par le Président de thèse,

S. DUPLAY.

VU :

Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

*Le vice-recteur
de l'Académie de Paris,*

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

ALEXANDER W. — Prov. méd. Journ., 1889.

ALDIBERT. — De la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse, envisagée surtout chez l'enfant. Paris, 1892, p. 170.

ANGER. — Article. Eventration du Dictionnaire de méd. et de chir. pratiques.

BACRI. — Cure radicale de la hernie ombilicale. Thèse de Paris, 1892.

BALANDIN J. — Congrès de Berlin, 1890.

BERGER. — Traité de chirurgie, t. VI, p. 800.

BÆCKEL JULES. — Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 5 septembre 1881.

BOINET. — Article Ovariectomie du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

BONNET S. — De la cure radicale des hernies épigastriques. Thèse de Paris, 1887.

A. BROCA. — Cure radicale d'une laparocèle. Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir., 5 septembre 1891.

CASELLI. — Laparotomie pour éventration. Boll. d'acc. de méd. di Genova (avril-mai), 1887.

CHADWICH. — Americ. gyn. soc., 14 septembre 1887.

CHROBACH. — Internat. klin. Rundschau et Centrabl. für Gyn., 1888.

CONDAMIN. — De l'omphalectomie. Archives prov. de chir., 1^{er} septembre 1892.

COURTY. — Article Opération du Dictionnaire encyclopédique des hernies médicales.

DELBET PIERRE. — Des suppurations pelviennes chez la femme. Paris, 1889.

DOLÉRIS. — Archives de tocologie, 1885.

DUDLEY. — Hernie ventrale étranglée chez une femme de 90 ans. N. York, obst. soc., 4 février 1891.

DUPLAY. — De la hernie ombilicale. Thèse d'agrégation, 1866.

Traité de pathologie externe, par Follin et Duplay, t. VI, p. 265.

DURET. — Journal des Sciences médicales de Lille, 5 juin 1891.

EHRLACH. — Centralbl. für Gynœk., 1889.

FASOLA. — Anali di obstet. et Gynecol., 1885.

FERRAND. — Des laparocèles. Thèse de Paris, 1881.

GASTON. — De l'intervention chirurgicale dans les hernies ombilicales adhérentes. Thèse de Paris, 1892.

GOSSELIN. — Leçons sur les hernies.

GYLL WYLIE. — Ventral hernia caused by laparotomie. (Amer. J. of obstetrics, 1887.)

HADLICK. — Archiv. für klin. Chirurgie. T. XX, 1877.

HAGEDORN. — Centralblatt für Chir., 1882, n^{os} 37 et 44.

HEGAR et KALTENBACH. — Gynécologie opératoire.

HOFFA. — Münchner med. Wochenschrift. 1887.

HOMANS. — Trois cent quatre-vingt-quatre laparotomies. Boston, 1887.

HORTELOUP. — Bulletin médical 6 novembre 1887.

KEHRER. — Quatrième congrès de chirurgie allemande.

KELTERBORN. — Cité dans le Mercredi médical du 8 février 1891.

KËBERLÉ. — Article Ovariectomie du Dict. de Méd. et de Chir. pratiques.

LACHAUSSE. — De hernia ventrali. 1746.

LE BEC. — In Aldibert, de la laparotomie, etc., page 170.

LE DENTU. — Société de chirurgie, 5 novembre 1890.

LE PAGE. — Des résultats éloignés de la cure radicale des hernies épigastriques Thèse, Paris, 1888.

LUCAS CHAMPIONNIÈRE. — Cure radicale des hernies.

MANN MATTLEW. — Buffalo med. an surj. J., avril 1890.

MAYDL. — Wien. Medic. Press, n° 40, 1886.

NEVE. — Deux cas de hernie ventrale. Cure radicale par Neve. Brit. med. jour., 8 juin 1889.

PICQUÉ. — Gaz méd. de Paris 1887 et Thèse Wertheimer.

POZZI. — Note sur la suture perdue. Congrès Français de chirurgie 1888, page 515 et Traité de gynécologie.

RATSCHINSKI. — De la suture abdominale dans la laparotomie, Vrach, 26.

REIGNIER. — Essai sur les hernies ventrales. Thèse de Paris 1879.

REYNIER. — Société de chirurgie, 3 novembre 1890.

SCHROEDER. — Traité des maladies des femmes.

SOCIN. — Corresp. Bl. für. Schweitzer, aertzte décembre 1883.

TAIT LAWSON. — Traité des maladies des ovaires. Traduction française Ollivier.

TERRIER. — Congrès Français de chirurgie, 2^e Session.

THOMSON. — Centralblatt für Gynæk., 1883, n° 24, page 409.

TILLMANS. — Centralblatt für Chir. 1882, n° 37 et 44.

VULLIET. — Nouvelles archives d'Obst. et Gyn., novembre 1887, page 512.

WEIR. — Hernie ventrale. Intern, journ. of. surj., juin 1890.

WELLS SPENCER. — Des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus. Traduction française par Rodet.

WERTHEIMER. — Essai sur les hernies consécutives aux opérations de laparotomie. Thèse de Paris 1888.

1111

1111